

0530-A G B LOGISTICA LTDA		Demonstrativo de Pagamento de Salário				
A G B LOGISTICA LTDA Camacari - BA		07/2025		Mensal		
CNPJ 22.849.328/0005-43		CPF: 611.538.775-20				
Cadastro 489	Nome do Funcionário EDSON DA CONCEICAO	CBO 782510	Empresa 530	Local 5	Departamento 001.000.000	FL 01
Motorista Carreiro		Data Admissão:		24/01/2024		
Ev	Descrição	Referência	Proventos	Descontos		
1	Salario Base	28 Dias	3.144,05			
19	Horas Lic.Médica Diurnas	2 Dias	224,57			
35	Horas Extras 50% Diurnas	054:00 hs	1.612,35			
49	Horas Extras 100% Diurnas	020:25 hs	806,17			
56	Med.Hrs.Ext.Licença Médica Diurnas	005:60 hs	25,72			
59	DSR S/Horas Extras Diurnas	018:00 hs	358,30			
64	Periculosidade	30,00 %	1.010,59			
820	Desconto Adiantamento - IRRF			1.751,68		
1445	Plano de Saúde/Odontológico					
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		94,89		
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		94,89		
	3 - Titular/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00		2,84		
	4 - Dependente/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00		2,84		
1447	Outras Despesas - Plano de Saúde/Odonto					
Continua...		Total				
		Total Líquido				
Salário Base	Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Bas Cálc IRRF	Faixa	Dep

Recebi em: ____/____/____ Assinatura: _____

0530-A G B LOGISTICA LTDA		Demonstrativo de Pagamento de Salário				
A G B LOGISTICA LTDA Camacari - BA		07/2025		Mensal		
CNPJ 22.849.328/0005-43		CPF: 611.538.775-20				
Cadastro 489	Nome do Funcionário EDSON DA CONCEICAO	CBO 782510	Empresa 530	Local 5	Departamento 001.000.000	FL 02
Motorista Carreiro		Data Admissão:		24/01/2024		
Ev	Descrição	Referência	Proventos	Descontos		
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		55,42		
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		45,65		
1724	Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA					
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00	147,64			
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00	147,64			
	3 - Titular/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00	13,97			
	4 - Dependente/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00	13,97			
1861	Prêmio por desempenho		808,83			
1920	IRRF	27,50 %		530,70		
1950	INSS	14,00 %		815,02		
		Total		7.990,58		3.393,93
		Total Líquido		4.596,65		
Salário Base	Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Bas Cálc IRRF	Faixa	Dep
3.368,62	7.181,75	7.181,75	574,54	5.234,29	27,50	01

Recebi em: ____/____/____ Assinatura: _____

0530-A G B LOGISTICA LTDA		Demonstrativo de Pagamento de Salário					
A G B LOGISTICA LTDA Camacari - BA		07/2025		Mensal			
CNPJ 22.849.328/0005-43		CPF: 611.538.775-20					
Cadastro 489	Nome do Funcionário EDSON DA CONCEICAO	CBO 782510	Empresa 530	Local 5	Departamento 001.000.000	FL 01	
Motorista Carreiro		Data Admissão:		24/01/2024			
Ev	Descrição	Referência	Proventos	Descontos			
1	Salario Base	28 Dias	3.144,05				
19	Horas Lic.Médica Diurnas	2 Dias	224,57				
35	Horas Extras 50% Diurnas	054:00 hs	1.612,35				
49	Horas Extras 100% Diurnas	020:25 hs	806,17				
56	Med.Hrs.Ext.Licença Médica Diurnas	005:60 hs	25,72				
59	DSR S/Horas Extras Diurnas	018:00 hs	358,30				
64	Periculosidade	30,00 %	1.010,59				
820	Desconto Adiantamento - IRRF			1.751,68			
1445	Plano de Saúde/Odontológico						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		94,89			
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		94,89			
	3 - Titular/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00		2,84			
	4 - Dependente/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00		2,84			
1447	Outras Despesas - Plano de Saúde/Odonto						
Continua...		Total					
		Total Líquido					
Salário Base	Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Bas Cálc IRRF	Faixa	Dep	

Recebi em: ____/____/____ Assinatura: _____

0530-A G B LOGISTICA LTDA		Demonstrativo de Pagamento de Salário					
A G B LOGISTICA LTDA Camacari - BA		07/2025		Mensal			
CNPJ 22.849.328/0005-43		CPF: 611.538.775-20					
Cadastro 489	Nome do Funcionário EDSON DA CONCEICAO	CBO 782510	Empresa 530	Local 5	Departamento 001.000.000	FL 02	
Motorista Carreiro		Data Admissão:		24/01/2024			
Ev	Descrição	Referência	Proventos	Descontos			
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		55,42			
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		45,65			
1724	Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00	147,64				
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00	147,64				
	3 - Titular/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00	13,97				
	4 - Dependente/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00	13,97				
1861	Prêmio por desempenho		808,83				
1920	IRRF	27,50 %		530,70			
1950	INSS	14,00 %		815,02			
		Total		7.990,58			
		Total Líquido		4.596,65			
Salário Base	Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Bas Cálc IRRF	Faixa	Dep	
3.368,62	7.181,75	7.181,75	574,54	5.234,29	27,50	01	

Recebi em: ____/____/____ Assinatura: _____